

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

352

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Romuald FEDOROWICZ

Né le 19 juillet 1904, à Oufa (Russie)

**Lymphangite tronculaire syphilitique
satellite du chancre
de la région génitale chez la femme**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Romuald FEDOROWICZ

Né le 19 juillet 1904, à Oufa (Russie)

**Lymphangite tronculaire syphilitique
satellite du chancre
de la région génitale chez la femme**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	N...
	LAIGNEL-LAVASTINE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	N...
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBRÉDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	N...
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHTER..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER...	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émis dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

In memoriam

A MON PÈRE

Hommage d'affection profonde et de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique Dermatologique
à la Faculté de Médecine

*En témoignage de profond respect et de
vive reconnaissance pour l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR WEISSENBACH

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui a bien voulu nous proposer ce sujet
et nous guider de ses conseils.*

*En témoignage de nos sentiments très
respectueux et très reconnaissants.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉZARY

Professeur agrégé
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a accueilli dans son Service
avec une si grande bienveillance.*

*En témoignage de notre profond respect
et de toute notre reconnaissance.*

Lymphangite tronculaire syphilitique satellite du chancre de la région génitale chez la femme

INTRODUCTION

Nous avons observé chez une femme, dans le service de notre maître, le Docteur Weissenbach, un cas de lymphangite tronculaire satellite du chancre syphilitique de la région périnéale. Nous avons, à l'occasion de cette observation, fait une étude d'ensemble de la question et en avons fait l'objet de notre thèse.

La lymphangite syphilitique des troncs lymphatiques reliant le chancre de la région génitale aux ganglions correspondants est des plus rares chez la femme.

Les auteurs que nous avons consulté traitent, simultanément, la question chez l'homme et chez la femme, admettant en quelque sorte un certain parallélisme entre la lymphangite évoluant chez l'homme, d'une part, et chez la femme d'autre part. Nous devons noter un fait très important : la lymphangite tronculaire satellite d'un chancre syphilitique de la région génitale est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Nous n'avons pu recueillir que sept cas de lymphangite satellite, chez la femme, dont six sont décrits par Bergh en un résumé très succinct.

L'affection est connue depuis la fin du ^{xvii}^e siècle, elle a été bien décrite vers la fin du ^{xviii}^e siècle par les cliniciens John Andrée et, un peu plus tard, John Hunter.

Grâce aux travaux des syphiligraphes de la période antérieure à l'année 1905, et en particulier les travaux de Ricord et de Rollet, la lymphangite tronculaire syphilitique satellite du chancre de la région génitale a été bien individualisée. A. Fournier a pris une part importante dans l'édification des connaissances sur la syphilis du système lymphatique.

Dans la période postérieure à l'année 1905, les auteurs ont pu réaliser de grands progrès dans l'étude de la syphilis des lymphatiques. Leur tâche a été plus aisée car la clinique est étayée, depuis cette époque, par une notion de grande valeur : la connaissance de l'agent pathogène de la syphilis, découvert par Schaudinn et Hoffmann.

Les expérimentateurs ont contribué puissamment à l'étude de la syphilis du système lymphatique par leurs travaux qui ont prouvé que ce système joue un très grand rôle dans la propagation des tréponèmes dans l'organisme.

Dans ce travail nous avons étudié successivement les généralités, l'historique, l'étiologie, l'étude clinique.

Nous avons pu mener à bien cette étude grâce aux conseils de nos maîtres, le Docteur Weissenbach et le Docteur Sézary, Professeur Agrégé.

Nous sommes heureux de leur exprimer notre profonde reconnaissance pour l'enseignement et les conseils qu'ils nous ont toujours prodigués avec tant de bienveillance.

DÉFINITION

La lymphangite tronculaire syphilitique satellite du chancre de la région génitale, chez la femme, consiste en une inflammation subaiguë des troncs lymphatiques situés entre les capillaires lymphatiques qui entourent le chancre d'une part, et les ganglions correspondants d'autre part. L'atteinte des troncs lymphatiques par le *Treponema Pallidum* se manifeste par leur induration. L'œdème des grandes ou des petites lèvres peut accompagner, dans certains cas, la lymphite tronculaire.

GÉNÉRALITÉS

La lymphangite tronculaire satellite du chancre syphilitique a ses caractères généraux propres que lui imprime l'infection syphilitique. Cette lymphangite n'est pas une lymphangite chaude comme celles causées par des pyogènes. Comme l'adénopathie satellite du chancre syphilitique, elle est indolente et aphlegmasique, mais tandis que l'adénopathie satellite est un symptôme constant, apparaissant entre le sixième et le dixième jour de l'existence du chancre, la lymphangite ne s'observe que rarement et son apparition est variable. Elle passe souvent inaperçue. Il faut la chercher comme on cherche l'adénopathie satellite.

En général, les lymphangites satellites du chancre siègent dans les régions riches en lymphatiques : grandes et petites lèvres, chez la femme ; prépuce, chez l'homme. Mais elles peuvent être observées dans les cas de chancres extra-génitaux.

Chez la femme, en cas de chancre de la région génitale, la lymphangite satellite siège dans l'épaisseur des petites et, plus fréquemment, des grandes lèvres, gagnant les gangliions correspondants, sous forme d'un cordon dur, parfois de plusieurs cordons,

parallèlement au pli génito-crural. On peut, dans certains cas, la constater dans la région du mont de Vénus où elle peut former des masses noueuses enchâssées dans le tissu graisseux de la région.

Dans un certain nombre de cas la lymphangite satellite s'accompagne d'œdème des grandes ou des petites lèvres. Cet œdème peut survivre à la résolution du cordon de lymphangite et persister plus ou moins longtemps après. L'œdème peut être passif ou dur (sclérème vulvaire) et, étant d'origine syphilitique, il est indolent et de nature aphlegmasique, sauf dans les cas d'infections secondaires du chancre par des germes pyogènes banaux.

Voies d'envahissement de l'organisme par le *Treponema Pallidum*.

Les affinités du tréponème pour le système lymphatique :

« Agent pathogène de la syphilis se répand dans l'organisme et par la voie sanguine et peut-être de préférence par la voie lymphatique » (Levaditi).

En 1905, Schaudinn et Hoffmann ont constaté la présence des tréponèmes dans les ganglions lymphatiques inguinaux accompagnant le chancre syphilitique. Dans un certain nombre de cas les ganglions ont été examinés après extirpation, par ces auteurs, dans d'autres cas l'examen du suc ganglionnaire prélevé par ponction des ganglions a été pratiqué.

Depuis, beaucoup de syphiligraphes ont vérifié ces faits et les ont reconnu exacts.

Pour certains auteurs, la présence des tréponèmes dans le suc ganglionnaire serait fréquente (85 % des cas d'après Sézary), pour d'autres elle serait constante (Photinos).

D'autre part les ganglions profonds s'hypertrophient un certain temps après l'atteinte des ganglions correspondant à l'accident primitif. Ces constatations ont été faites à l'autopsie (Baernsprung (1), A. Fournier, etc.).

Ecke et Schwabe ont trouvé le tréponème dans la lymphe du canal thoracique à l'autopsie d'un sujet porteur d'un chancre syphilitique, mort en période pré-sérologique.

L'examen microscopique des coupes du chancre syphilitique démontre la présence de tréponèmes dans les fentes lymphatiques et dans les parois des vaisseaux, traversant l'induration chancreuse, ainsi que dans leur lumière (Burnet et Vincent).

Dans les espaces lymphatiques, dont l'endothélium est hypertrophié, on trouve des tréponèmes dans le coagulum remplissant ces espaces (Mucha et Scherber (2), Levaditi et Manouelian).

Hoffmann trouve des tréponèmes dans les parois des lymphatiques, entre les cellules endothéliales et dans leur lumière.

On les trouve encore dans les fentes lymphatiques

1. Auteur cité par R. Bergh.

2. Auteurs cités par Levaditi et Roche.

qui entourent les filets nerveux (Queyrat et Levaditi).

« Dès le huitième jour de l'existence du chancre, pour E. Hoffmann et Zurhelle, dès le quatrième d'après Stempel et Armuzzi, les lymphatiques profonds présentent de l'endo-péri-lymphangite, une infiltration lymphocytaire périphérique continue ou nodulaire (Ehrmann). Les tréponèmes abondent dans l'endothélium, dans l'infiltrat et dans la lumière des vaisseaux où ils s'entourent d'amas lymphocytiques (Scherber et Mucha, Ehrmann) » (Touraine). La lymphangite profonde peut donner de l'œdème de la région sur laquelle siège le chancre, surtout si cette région est riche en tissu cellulaire lâche.

Données expérimentales.

Kolle et Elsa Evers ont constaté que la diffusion des tréponèmes, dans le système lymphatique, est très rapide, 30 minutes après l'inoculation sous-cutanée des tréponèmes au lapin, les ganglions lymphatiques correspondants à la zone d'inoculation infectante, deviennent virulents pour un lapin sain.

Chez le cobaye, le passage du virus syphilitique, du point d'inoculation sous-cutanée jusqu'au premier relai ganglionnaire, ne durerait que 5 minutes (Kolle).

Zurhelle-Bonn admet, avec Brown et Pearce, que chez le lapin, les ganglions lymphatiques, correspondant à la zone d'inoculation sous-cutanée d'une biop-

sie contenant des tréponèmes, sont infectants, deux jours après l'inoculation, pour un lapin sain.

Chez le singe, P. Photinos a constaté que les ganglions directs étaient susceptibles de transmettre les tréponèmes à des lapins, 5 heures après l'inoculation infectante.

Trois jours après l'inoculation sous-cutanée d'un fragment de tissu contenant des tréponèmes, à un lapin, on constate leur présence dans les espaces conjonctifs et les fentes lymphatiques au voisinage du lieu d'inoculation infectante, de même que dans les espaces lymphatiques péri-veineux. Sept jours plus tard, on observe une dilatation du réseau lymphatique sous-épithélial dans lequel il y a des amas lymphoïdes où l'on trouve des tréponèmes (Strempele et Armuzzi).

D'après les travaux de Truffi, d'Ossola, de Brown et Pearce, de Frei, on observe des nombreux tréponèmes dans les espaces lymphatiques avant qu'il se produise une réaction locale constatable (Touraine).

Nous voyons que le système lymphatique joue un rôle considérable dans la diffusion des tréponèmes dans l'organisme. Ils envahissent très rapidement les vaisseaux lymphatiques, franchissent les ganglions directs puis progressivement tous les relais ganglionnaires profonds. Lorsque le dernier « barrage » ganglionnaire est franchi, ils entrent dans la circulation générale.

On peut admettre l'existence, au cours de cette

migration des tréponèmes, d'une phase pendant laquelle ces derniers se trouveraient surtout dans le système lymphatique : ce serait la phase lymphatique de la septicémie syphilitique (Touraine).

Expérimentalement la lymphangite satellite du chancre syphilitique a été observée par Bergel, en 1925 (Zurhelle-Bonn).

OBSERVATION

(Publiée par MM. Weissenbach et Fernet dans le *Bull. de la Soc. française de Der. et Syphil.*, t. 47, n° 4, novembre 1940).

M^{me} Y. L..., âgée de 35 ans, employée, entre salle Gibert le 26 octobre 1940 pour une ulcération génito-périnéale apparue 15 jours auparavant. Régliée à 11 ans, elle est mariée depuis 1926. Elle a eu 5 enfants, dont 2 sont vivants, âgés de 11 et 5 ans. Le premier, né en 1927 est mort à 13 jours, sa mère a fait après l'accouchement une infection des voies urinaires qui a duré 3 mois. Les deux autres enfants sont morts, l'un à 1 an, l'autre à 15 jours. Pas de fausses-couches.

Elle a été toujours bien réglée, mais présente depuis plusieurs années des pertes blanches épaisses.

Il y a 15 jours est apparue dans la région périnéale une lésion d'abord très petite sensible, qui a assez rapidement grandi en devenant indolore, et s'est creusée en profondeur jusqu'à prendre l'aspect actuel. Il n'y a eu aucun trouble de l'état général.

Actuellement : on observe, sur la partie droite du périnée, près de la ligne médiane empiétant sur l'extrémité inférieure de la grande lèvre droite et de la vulve, une ulcération ovale de 3 centimètres sur 2 centimètres ; les bords sont nettement marqués, à pic, surplombant

d'environ 5 millimètres le fond, qui est rose, suintant, mais ne suppure pas. La palpation est à peu près indolore, elle montre une induration nette de la base de l'ulcération.

On constate dans l'aîne droite une adénopathie composée d'un ganglion allongé dans le sens de l'arcade, de 3 centimètres sur 1 cm. 5, dur, mobile, indolent. Un nodule plus petit, de 1 centimètre est senti près de son pôle inférieur et interne. L'adénopathie inguinale est reliée à la zone proche du chancre par un cordon induré, saillant assez pour être visible sous les téguments, facilement palpable. Ce cordon ne suit pas une ligne droite, il part d'un point situé à 5 centimètres du chancre, se porte un peu en dehors sur 4 centimètres avant de rejoindre en avant le ganglion inguinal par un trajet long de 9 centimètres. Il est contenu, plus épais au voisinage du ganglion où son diamètre atteint 8 millimètres.

Il présente deux renflements, l'un à 9 centimètres du ganglion, l'autre à 13 centimètres, à l'extrémité du cordon ; chacun d'eux est du volume de 1 centimètre.

La longueur totale est de 13 centimètres, la consistance dure uniformément. Il n'y a pas d'œdème des téguments dans la région.

(Deux photographies indiquant bien le trajet du tronc lymphatique sont conservées au musée photographique de l'hôpital Saint-Louis).

Il n'y a ni adénopathie ni lymphangite à gauche.

L'examen au spéculum révèle un col très peu saillant, avec des sécrétions purulentes fétides, sous lesquelles il se montre rouge ; il présente une érosion de 2 centimètres sur 1 centimètre en bas et à droite, mais sans induration au toucher. Le toucher vaginal ne permet pas de déceler la pré-

sence de l'adénopathie pelvienneni de lymphangite profonde

Examen général :

Température : 37°.

Tension artérielle 13-7.

Rien à signaler à l'examen somatique, sinon un certain degré d'acrocyanose, et des dents en très mauvais état.

On ne trouve aucun signe des manifestations secondaires.

L'examen ultra-microscopique révèle la présence de très nombreux tréponèmes.

Les réactions sérologiques de Bordet-Wassermann Hecht et Kahn sont totalement positives.

Deux auto-inoculations au bras pratiquées à 5 jours d'intervalle pour éliminer le diagnostic de chancre mixte se sont montrées négatives. Néanmoins l'intra-dermo-réaction au Dmelcos pratiquée par deux fois s'est montrée fortement positive. La malade n'a pas souvenir d'avoir présenté autrefois d'ulcérations génitales importantes et douloureuses. Le résultat négatif des deux auto-inoculations nous paraît suffisant pour éliminer tout rôle joué dans l'étiologie de l'ulcération actuelle par le bacille de Ducrey.

La malade a été soumise de suite au traitement mixte mercuriel, bismuthique et arsénical. Elle a reçu à ce jour (14 novembre 1940) 5 injections veineuses de novarsénobenzol totalisant 2 gr. 25, 2 injections de cyanure de Hg et 2 injections de 2 centimètres cubes de bivatol (suspensions du fait d'une stomatite).

Le chancre est en voie de cicatrisation : réduction de deux tiers avec disparition de l'aspect creusant. La lymphangite tronculaire persiste, à peine diminuée par comparaison avec la description donnée ci-dessus. A la date du 14 décembre la lymphangite n'était plus perceptible que sous forme d'un très fin cordon qui serait passé inaperçu si on n'avait connu l'existence antérieure.

HISTORIQUE

D'après Nobl, c'est à William Cooper qu'il faut attribuer les premières notions concernant la lymphangite satellite du chancre génital. Cet auteur connaissait le chemin qu'emprunte « le poison vénérien issu des lésions ulcéreuses des organes génitaux » dans son cheminement vers les ganglions lymphatiques inguinaux. Dans le traité d'anatomie de W. Cooper figure une planche dessinée par Govert Bidloo's, d'Amsterdam, représentant un tronc lymphatique tuméfié de la région inguino-crurale, accompagné de lésion ulcéreuse des organes génitaux et de bubon inguinal.

La description plus précise de la lymphangite concomitante du chancre vénérien a été l'œuvre d'Astruc (1740). Cet auteur décrit, dans son traité *De morbus veneris libri novem*, les cordons durs de lymphangite qui peuvent, dans certains cas, accompagner les lésions vénériennes (ulcères vénériens) (Nobl).

Un peu plus tard, Morgagni (1767) a approfondi les connaissances relatives à la lymphangite satellite du chancre vénérien, déjà acquises par ses prédécesseurs et l'a décrite d'une façon très précise, magistrale même (Nobl).

Du point de vue de la clinique, toujours d'après Nobl, c'est à John Andrée d'abord et à John Hunter ensuite que la Médecine doit les descriptions les plus importantes, concernant la lymphangite satellite du chancre syphilitique. John Andrée doit être considéré comme « le bâtisseur » de l'étude clinique de la lymphangite accompagnant le chancre syphilitique.

Viennent ensuite Sommering, Vacca, Berlinghieri, Ricord.

Avec Ricord, grâce à son étude sur l'adénopathie syphilitique primaire satellite du chancre, la science médicale enregistre un grand progrès. Cela a permis de voir sous un jour nouveau la lymphangite satellite.

Après Ricord viennent : Bassereau, puis Rollet.

Rollet a pris une part immense dans l'édification des connaissances sur la syphilis et selon J. Nicolas, son œuvre « est un véritable monument scientifique ».

Après Rollet, viennent : Sigmund, Buschke, Auspitz et Unna, Fournier, Jullien, Mauriac, E. Finger, Verson, Biesiadecki ; Bumm, Neumann, Sallé, Koulneff, Audry, Rieder, Nobl, Bergh.

Dernièrement, plusieurs auteurs ont étudié la question, ce sont : Henrique Duque, Zurhelle-Bonn, Jeanselme, Touraine.

ÉTIOLOGIE

La lymphangite tronculaire syphilitique satellite du chancre de la région génitale s'observe aussi bien chez l'homme que chez la femme, quoique plus rarement chez la femme (20 % des cas de chancre chez l'homme, d'après Homolle, Diday, Jullien [Etterlen], un peu moins de 0,5 % chez la femme, d'après Bergh).

Les six malades de Bergh étaient des femmes jeunes, qui présentaient en même temps que l'atteinte des vaisseaux lymphatiques de la région génito-crotaie, des adénopathies inguinales du type syphilitique. Certaines d'entre elles étaient atteintes d'œdème dur des grandes lèvres et de lésions papuleuses et d'indurations siégeant aussi sur les grandes lèvres, d'autres d'œdème dur ou de lésions papuleuses et d'indurations. Bergh ne signale aucune particularité concernant le volume des ganglions inguinaux. Chez l'homme, une volumineuse lymphangite du dos de la verge peut s'accompagner d'une adénopathie dont les ganglions sont très petits (Mauriac).

La richesse de la région génitale en lymphatiques, serait pour Jullien, l'une des causes de la lymphangite tronculaire satellite en cas de chancre syphilitique des organes génitaux.

Fréquence de l'affection.

Bergh a pu observer à l'hôpital Vestre de Copenhague, pendant une période de 18 ans (de 1886 à 1903), six cas de lymphangite tronculaire satellite, sur 1260 malades hospitalisés dès les premières manifestations de la syphilis. Dans cinq cas Bergh a pu constater la présence des cordons de lymphangite dans l'épaisseur des grandes lèvres ; l'une de ces cinq malades présentait deux cordons distincts de lymphangite. Chez la sixième malade, la dernière, Bergh a constaté la présence d'un cordon de lymphangite, gros comme une mince ficelle, situé entre la région du clitoris et la pléiade ganglionnaire inguinale, n'atteignant pas les ganglions.

Cela représente un cas de lymphangite sur 210 malades.

Nous nous permettons de remarquer que tous les cas de Bergh étaient des cas de lymphangite tronculaire partielle.

Bergh estime que l'atteinte des troncs lymphatiques directs au cours du chancre serait plus fréquente, mais étant donné que l'œdème des grandes lèvres qui l'accompagne généralement gêne considérablement l'exploration de la région, elle est rarement mise en évidence. Dans ces cas, il s'agit de lymphangites partielles des troncs.

ÉTUDE CLINIQUE

Début de la lymphangite tronculaire satellite. — Six à dix jours après l'apparition du chancre syphilitique, apparaissent les symptômes de l'envahissement du système lymphatique par le processus syphilitique : l'hypertrophie des ganglions lymphatiques tributaires de la zone du chancre, et parfois, ceci est très rare chez la femme, présence des cordons indurés de lymphangite intéressant les troncs lymphatiques aboutissant aux ganglions hypertrophiés correspondants. C'est la lymphangite syphilitique satellite de l'accident primaire.

Le début est variable. D'après Zieler, l'atteinte des vaisseaux lymphatiques se produirait quelques jours ou une à deux semaines après l'éclosion du chancre. Pour Lesser, la lymphagite débute quelques jours après le début du chancre et pour Joseph trois semaines après (Zurhelle-Bonn). De son côté, Bassereau écrit que la lymphangite apparaît quinze à vingt jours après l'infection syphilitique.

La lymphangite peut précéder l'apparition de l'adénopathie ou la suivre (Neumann).

Symptomatologie.

La lymphangite syphilitique satellite présente les mêmes caractères généraux que l'adénopathie satellite. Elle est indolore spontanément et à la pression. Dans certains cas rares, les malades peuvent éprouver une sensation de gêne ou de pesanteur dans la région atteinte. Cette gêne, très légère, ne surviendrait qu'après des marches prolongées (Jullien). Les téguments recouvrant les troncs lymphatiques atteints par le virus syphilitique ne sont pas modifiés, la consistance et la couleur de la peau sont normales. La température générale reste normale ainsi que la température locale et il n'y a pas de péri-lymphangite. La lymphangite syphilitique satellite du chancre est applegmasique et n'aboutit jamais à la suppuration. Cette dernière ne serait possible qu'en cas de chancre surinfecté par des germes pyogènes banaux ou par le bacille de Ducrey. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un chancre syphilo-chancrelleux (J. Nicolas) de Rollet.

La lymphangite satellite du chancre syphilitique est, en général, révélée par la palpation. Dans certains cas, très rares, on peut suspecter l'atteinte des vaisseaux lymphatiques par la constatation à l'inspection d'un soulèvement des téguments plus ou moins léger (A. Fournier).

Chez la femme, en cas de chancre de la région génitale, la lymphangite siège dans la région génito-

crurale, du même côté que le chancre, au voisinage du pli génito-crural, à quelques millimètres, en dedans ou en dehors, de ce pli dont elle suit la direction (A. Fournier).

On peut également constater la lymphangite dans la région du mont de Vénus où elle peut se manifester sous forme de renflements pouvant atteindre le volume d'un pois ou même celui d'un haricot (Jullien).

Les troncs lymphatiques atteints par la syphilis donnent à la palpation la sensation que donneraient des cordons durs et pleins un peu élastiques, de grosseur variable, suivant les cas. N'adhérant ni à la peau qui est normale, ni aux plans profonds, ils roulent sous les doigts. A. Fournier compare la consistance dure de ces cordons à celle de la base du chancre. Dans son ensemble, d'après le même auteur, le cordon de lymphangite satellite peut être comparé au canal déferant, par la sensation qu'il donne aux doigts qui le palpent.

Les cordons de lymphangite peuvent être cylindriques ou légèrement aplatis. Leur diamètre peut être variable d'un bout à l'autre, cependant il est parfois le même sur tous les segments du cordon. Dans certains cas le cordon peut être moniliforme ou noueux et les renflements donnent au toucher la même sensation de dureté que les parties rétrécies intermédiaires.

De calibre variable, les cordons sont quelquefois aussi fins qu'une épingle ; d'autres fois ils atteignent la grosseur d'une plume d'oie ou de corbeau ; par-

fois leur diamètre atteint celui d'un crayon et, rarement, celui du petit doigt.

Le cordon de lymphangite peut être unique, parfois on peut constater la présence de plusieurs cordons : deux ou trois qui, en se réunissant, forment une sorte de ruban de deux à trois millimètres de largeur (A. Fournier).

Fréquemment, la lymphangite satellite est partielle et ce n'est que sur une partie de leur trajet que l'on constate les diverses modifications des lymphatiques (Hunter, Jeanselme).

Lorsque la lymphangite intéresse le tronc lymphatique jusqu'à son aboutissement dans un des ganglions de la pléiade inguinale de Ricord, on constate que le cordon de lymphangite fait corps avec le ganglion correspondant.

La direction du cordon de lymphangite, son aboutissement dans un des ganglions lymphatiques correspondants, sa situation anatomique, permettent d'affirmer qu'il s'agit, dans ces cas, d'une lésion des vaisseaux lymphatiques (E. Finger).

Siège du chancre.

En général le chancre donnant la lymphangite satellite siège sur les grandes lèvres (parfois, sur les petites lèvres ou en leur voisinage (E. Finger, Jeanselme). Chez notre malade le chancre siégeait sur le périnée empiétant sur l'extrémité inférieure de la grande lèvre droite.

Parfois on ne trouve pas de chancre à l'examen de la région dépendant de la lymphangite, mais on observe l'œdème dur des grandes lèvres (E. Finger).

Durée. — La résolution du cordon de lymphangite s'effectue graduellement. Chez notre malade, le calibre du cordon avait diminué au bout d'un mois de traitement, cette diminution étant très peu marquée : c'est à la fin du deuxième mois de traitement que la diminution de l'épaisseur du cordon a été sensible, mais pas encore totale.

Pour A. Fournier, la lymphangite se résorbe en quelques semaines.

D'après Bumm, sa durée serait de trois à quatre mois et, dans certains cas, de six et même huit mois (Zurhelle-Bonn).

La résolution de la lymphangite se fait en trois à quatre semaines, rarement en six ou huit mois (Jullien).

Pour Auspitz, la résolution peut se produire immédiatement après la cicatrisation du chancre (Zurhelle-Bonn),

Evolution.

Abandonnées à elles-mêmes, les lymphangites syphilitiques satellites du chancre se résorbent, en général complètement, sans donner lieu à la moindre complication (A. Fournier).

Formes cliniques.

a) La lymphangite tronculaire satellite du chancre non accompagnée d'œdème des grandes lèvres. On en observe deux variétés : 1^o la lymphangite totale : dans ces cas, le tronc lymphatique est touché dans toute sa longueur. Notre malade présentait un beau cas de lymphangite totale. Le cordon était perceptible dans toute la longueur, son extrémité inférieure était située à 5 cm. du chancre. Cette forme est très rare ; 2^o la lymphangite partielle : l'induration du vaisseau lymphatique n'est constatée que sur une partie. Cette forme est plus fréquente que la précédente. Nous avons constaté que les malades de Bergh étaient atteintes de lymphangite satellite partielle intéressant l'extrémité du tronc voisine du chancre.

b) La lymphangite tronculaire satellite accompagnée d'œdème des grandes lèvres.

Complications.

L'œdème des grandes lèvres. Il en existe deux variétés : l'œdème simple ou passif (A. Fournier) et l'œdème dur (sclérème vulvaire).

ŒDÈME DES GRANDES LÈVRES

Fréquemment, la lymphangite tronculaire concomitante de l'accident primitif s'accompagne d'œdème

des grandes lèvres. L'œdème peut, parfois, intéresser les petites lèvres, mais cette dernière éventualité est plutôt rare (Jeanselme). En général, l'œdème siège aux grandes lèvres, du même côté que la lymphangite et est, dans la plus grande majorité des cas, unilatéral. La tuméfaction dépend de la localisation du chancre : c'est la grande lèvre sur laquelle ou au voisinage de laquelle siège le chancre qui se tuméfie.

L'œdème des grandes lèvres présente, comme l'adénopathie et la lymphangite satellite du chancre, les mêmes caractères d'aphlegmasie et d'indolence spontanée et provoquée. Les malades atteintes d'œdème des grandes lèvres ne sont nullement gênées dans la marche, tout au plus peuvent-elles éprouver une gêne légère ou une sensation de pesanteur diffuse dans la région malade (A. Fournier, Jeanselme).

Le début de l'œdème se produit, en général, 3 semaines après l'infection syphilitique (E. Finger). C'est au voisinage immédiat du chancre qu'apparaît la tuméfaction, elle gagne progressivement du terrain en envahissant lentement toute la grande lèvre.

Lorsque l'œdème est arrivé à la période d'état, le volume de l'organe tuméfié peut être deux ou trois fois plus grand qu'à l'état normal (E. Finger). Dans certains cas la tuméfaction est encore plus considérable. L'œdème consiste en une tuméfaction molle et dépressible au début (Darier), mais au bout d'un certain temps elle peut changer de consistance et devenir dure. Dans ces cas, le godet de l'œdème ne

peut être obtenu que difficilement. Ce changement, lorsqu'il se produit, s'effectue lentement et progressivement. A la phase d'état la tuméfaction sera de consistance dure, élastique, plus forte que celle de l'œdème aigu banal et moins accentuée que celle du cartilage (E. Finger).

« La tuméfaction est lisse, nettement dessinée, parfois noueuse, particulièrement ferme, un peu élastique et indolore. La peau qui la recouvre ne change guère, elle devient seulement rose ou jaunâtre » (Bergh).

L'œdème n'est ni rouge ni chaud. La peau qui le recouvre prend, parfois, une teinte cuivrée (Jeanselme) ou violette (E. Finger).

Les signes généraux font défaut.

« A côté de cet œdème, discret mais combien révélateur, il faut signaler les infiltrations monstrueuses, véritablement éléphantiasiques, envahissant les grandes et les petites lèvres, toute la vulve, le périnée. Dans ces cas, il s'agit toujours d'un œdème dur qui conserve, sauf infections secondaires très fréquentes, les caractères d'indolence et d'aphlegmasie... » (Jeanselme.)

De ce tissu ainsi transformé se détache souvent l'accident primaire développé au point de l'inoculation, reconnaissable à son induration limitée, de consistance cartilagineuse, à sa surface humide, rouge foncé, brillante ou recouverte d'une substance lardacée (E. Finger).

« Parfois l'œdème est la seule manifestation locale

du virus syphilitique, et, au moment de son développement, on ne voit plus trace d'érosion ou d'ulcération au point primitivement infecté » (E. Finger).

D'après Finger, l'œdème dur des grandes lèvres est assez fréquent chez la femme enceinte atteinte du chancre syphilitique vulvaire.

Formes cliniques.

L'œdème passif peut siéger aux grandes ou aux petites lèvres du même côté que le chancre.

L'œdème dur ou sclérème vulvaire, de durée très longue en général (A. Fournier), ne régresserait qu'après un traitement anti-syphilitique plus ou moins prolongé (E. Finger). Cet œdème peut intéresser la grande ou, plus rarement, la petite lèvre du côté où siège le chancre. Parfois toute la vulve et même le périnée sont infiltrés, il s'agit dans ces cas de la forme éléphantiasique (Jeanselme).

Evolution.

L'œdème simple des grandes lèvres (passif) n'évolue pas de la même façon que l'œdème dur (sclérème vulvaire). Le premier peut se résorber au bout d'un certain temps, relativement court, qui n'est pas précisé par les auteurs. La résolution serait accélérée par le traitement.

Lorsque l'œdème de la grande lèvre a évolué vers

le sclérème vulvaire, sa résolution peut demander des mois (Jeanselme).

Pour E. Finger, le sclérème vulvaire laisserait, dans certains cas, une infiltration persistante. « Cette infiltration scléreuse est toujours assez persistante. Elle dure bien plus longtemps qu'un simple œdème ou qu'une tuméfaction inflammatoire vulgaire » (A. Fournier).

L'œdème syphilitique n'évolue jamais vers la suppuration. Cette dernière ne s'observerait que dans les cas d'infections de l'œdème par des germes de suppuration. Mais dans cette éventualité, l'œdème syphilitique perd ses caractères propres : l'indolence spontanée et provoquée, l'absence des signes d'inflammation aiguë banale.

CONCLUSIONS

I. — La lymphangite tronculaire syphilitique satellite du chancre de la région génitale est rare chez la femme, On l'observe, d'après les statistiques de Bergh, une fois sur 210 malades.

La lymphangite tronculaire partielle est plus fréquente : les six malades de Bergh étaient, toutes, atteintes de lymphangite satellite partielle de l'extrémité du tronc lymphatique voisine du chancre.

II. — La lymphangite tronculaire syphilitique concomitante du chancre peut ne pas s'accompagner d'œdème des grandes lèvres. Tel était le cas de notre malade.

Elle se manifeste sous forme d'un cordon dur, de calibre variable, qui suit la direction du pli génito-crural, à une certaine distance de ce pli, aboutit au ganglion inguinal correspondant avec lequel elle fait corps si elle est totale, son extrémité inférieure se

située à quelque distance du chancre. Chez notre malade, cette distance était de 5 centimètres.

III. — Les traitements anti-syphilitiques modernes abrègent la durée de la lymphangite.

Vu : Le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de
Recteur de l'Académie de Paris,
MAURAIN.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BASSEREAU. — *Traité des affections de la peau et de la syphilis*. Paris, 1852.
- BERGH (R.). — Über das Verhältnis des Lymphgefäß-systems bei primärer syphilitischer Infektion bei Weibern. *Deutsche Dermatologische Wochenschrift*, 1905.
- DARIER. — *Précis de Dermatologie*. Paris, 1928.
- DUQUE (Henrique). — Lues dos veias e dos lymphaticos. *Archivos brasileiros de Medecina*, 1912 (février).
- ECKE et SCHWABE. — Über die Ausbreitung des syphilitischen Infektion auf dem Lymphwegen in der seronegativer Periode des Primarstadiums. *Munchener Medecinische Wochenschrift*, n° 22, 1921.
- ETTERLEN. — Lymphangite du chancre syphilitique. Thèse Lyon, 1899.
- FINGER (E.). — La syphilis et les maladies vénériennes. Paris, 1909.
- FOURNIER (A.). — Leçons sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris, 1873.
- *Traité de la syphilis* (rédigé par E. Fournier). Paris, 1899-1906.
- HALLOPEAU et FOUQUET. — *Traité de la syphilis*. Paris, 1911.
- HOFFMANN. — Die Actiologie der Syphilis. Berlin, 1906.
- HOFFMANN und SCHAUDINN. — Über Spirocheten Befunde im Syphilitischen Lymphdrusensaft. *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1905 (n° 18).
- HUNTER. — *Traité de la syphilis*. Paris, 1845.
- JEANSELME. — *Traité de la syphilis*. Paris, 1931.
- JULLIEN. — *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1886.

- KOLLE (Pr. W.) und EVERS (Dr Elsa). — Experimentelles über Syphilis-infection ohne symptome. *Deutsche Med. Wochenschrift*, (avril) 1926, n° 14.
- LEVADITI et MANOUELIAN. — Comptes rendus de la Soc. de Biologie, 1905, vol. 59.
- LEVADITI et ROCHÉ. — La syphilis. Expérimentation. Microbiologie. Diagnostic. Paris, 1909.
- MAURIAC. — Leçons sur la syphilis. Paris, 1883.
- NICOLAS (J.). — *Traité de Médecine*, par Roger Widol et Teissier. Paris, 1928.
- NEUMANN (I.). — Syphilis. Berlin, 1896.
- NOBL. — Pathologie der blennorrhischen und venerischen Lymphgefäß-Erkrankungen, Wien und Leipzig, 1901.
- PHOTINS (P.). — La recherche du tréponème par la ponction des ganglions, méthode de Hoffmann modifiée par Gougerot. *Ann. Mal. Vénériennes*, XXXI, n° 7, juillet 1936.
- La syphilis expérimentale chez le singe. *Bull. de la Soc. française de Der. syphil.*, 1931 (avril).
- QUEYRAT et LEVADITI. — *Bull. Soc. médicale des Hôpitaux* (séance du 30 mars 1906).
- SALLÉ (Paul). — Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques au cours de la syphilis (Lymphathies syphilitiques). Thèse Paris, 1884.
- SÉZARY, LEFÈVRE et BOUTTEAU. — Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire. *La Presse médicale*, n° 60, 1932 (27-7).
- STREMPPEL (R.) et ARMUZZI (G.). — Histobiologie der ersten Inkubationsperiode der Kaninchensyphilis. *Experimentelle Untersuchungen Dermatologische Zeitschrift*, 1926 (XLVI).
- TOURAINÉ. — *Traité de la Syphilis (syphilis viscérale)*, par Jean-selmé et Sézary, t. V, Paris, 1940.
- ZURHELLE-BONN (Emil). — Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Jadassohn, 17, t. 3, Berlin, 1928.

